

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 26

DE

L'HYGROMA

DE LA

BOURSE SÉREUSE DE L'ISCHION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Février 1900

PAR

Ange-Antoine CATANEI

Né à Cannelle (Corse), le 20 Novembre 1855

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

G. FIRMIN ET MONTANE, IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON DOYEN
HAMELIN (✱) ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS (✱)
Clinique médicale.	GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (✱)
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✱).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✱).

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✱), PAULET (O. ✱).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

M. H. GOT, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. ESTOR, <i>président</i> .	MM. BOSC, <i>agrégé</i> .
TRUC, <i>professeur</i> .	LAPEYRE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

ET DE

MES FRÈRES

A MON PÈRE

A. CATANEL.

A MA FEMME

*Témoignage de profonde et inaltérable
affection.*

A MES ENFANTS

A. CATANEI.

A MA BELLE-SOEUR ET A MON NEVEU

A. MON BEAU-FRÈRE CECCALDI

DOCTEUR EN MÉDECINE

A. CATANEI.

A MES AMIS

BARTHÉLEMY FILIPPI ET STEFANINI

DOCTEURS EN MÉDECINE

CASALTA ET MASSONI

PHARMACIENS DE PREMIÈRE CLASSE

MEIS ET AMICIS

A. CATANEI.

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

A M. LE PROFESSEUR GRASSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

ASSOCIÉ NATIONAL A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A. CATANEI.

A MM. LES PROFESSEURS BAUMEL ET BOSC

A M. LE DOCTEUR ALEZAI

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE
MÉDECIN EN CHEF DE LA COMPAGNIE GÉNÉRALE TRANSATLANTIQUE

A. CATANEL.

AVANT-PROPOS

Notre premier mot sera un mot de reconnaissance envers nos maîtres de la Faculté de Montpellier, dont le bienveillant accueil nous a vivement touché.

C'est surtout à M. le professeur Grasset que nous voulons exprimer toute notre gratitude ; aussi, nous le prions d'accepter tous nos remerciements pour l'intérêt presque paternel qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Monsieur le professeur Estor nous permettra de le remercier bien sincèrement pour la sollicitude qu'il n'a cessé d'avoir envers nous et qu'il a encore grandie en acceptant la présidence de notre thèse, bien peu digne d'un tel maître.

Nous aurions voulu nous montrer plus digne d'un maître aussi éminent. A défaut d'un bagage scientifique, nous ne pouvons lui offrir que l'expression de notre entière reconnaissance.

Que MM. les professeurs Baumel et Bosc reçoivent ici l'hommage de nos meilleurs sentiments.

Monsieur le docteur Acquaviva, chef de clinique à l'Ecole de Marseille, a droit à toute notre reconnaissance pour les conseils et les éléments qu'il a bien voulu nous fournir et qui nous ont aidé à aborder ce modeste travail.

INTRODUCTION

Le sujet que nous avons entrepris de traiter comme thèse inaugurale offre cette particularité, que nous tenons à mettre immédiatement en évidence : c'est sa rareté.

En fouillant dans la littérature médicale nous n'avons pas été embarrassé par le grand nombre d'observations ; notre moisson n'a pas été fertile ; nous n'avons pas eu beaucoup à glaner.

Aussi, nous osons espérer que nos maîtres de la Faculté de Montpellier voudront bien nous accorder toute leur indulgence et nous pardonner en même temps la brièveté de notre travail.

De quoi peut provenir le manque d'observations comparables à celles que nous avons publiées ?

Les chirurgiens considèrent-ils ces cas comme peu intéressants ? Nous n'osons le croire.

Quant à nous, nous verrons plus volontiers une explication à cette pénurie d'observations dans une cause anatomique : l'inconstance de la bourse séreuse ischiatique en premier lieu et ensuite sa situation anatomique. En effet, lorsqu'elle existe, cette bourse séreuse se trouve

protégée par un coussinet cutanéocellulo-graisseux et musculaire formé par la peau de la fesse et le muscle grand fessier, elle n'est pas, comme les bourses séreuses de la rotule et du grand trochanter, exposée aux frottements, contusions et autres agents d'irritation.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE L'HYGROMA

DE LA BOURSE SÉREUSE DE L'ISCHION

HISTORIQUE

L'histoire de l'hygroma de la bourse de l'ischion est très succincte et, si nous passons en revue nos recherches bibliographiques à ce sujet, nous nous apercevons de la pauvreté de nos connaissances sur cette affection.

Lejars, dans le Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, 2^e édition, cite le cas de Cloquet, où la tumeur atteignait le volume d'une tête d'enfant. Le cas de Verneuil, dont nous donnons l'observation et qu'il nomme « fibrome sous-ischiatique » doit être regardé comme un hygroma fibreux de la bourse de l'ischion.

Le cas de Kuster est très net.

Chassaignac rapporte, dans une observation que nous donnons plus loin, un cas d'hygroma de la bourse ischiatique, de forme kystique.

Ce cas est intéressant au point de vue étiologique et

surtout opératoire. Chassaignac emploie, en effet, dans ce cas son fameux drainage chirurgical, qui exerce une grande influence sur la chirurgie de cette époque.

Sur les quatre observations que nous publions, nous ne pouvons présenter qu'une tumeur dont le dessin sera reproduit dans le cours de ce travail.

DESCRIPTION ANATOMIQUE DE LA RÉGION ISCHIATIQUE

L'ischion, ou tubérosité ischiatique, forme à la région postérieure de la fesse, un relief très apparent au-dessous des muscles fessiers et de la peau ; il constitue, en même temps, qu'un repère important en chirurgie, la base, le point d'appui de l'homme dans la station assise.

En allant des plans superficiels aux plans profonds, la région ischiatique se trouve constituée :

- 1° Par la peau,
- 2° Par le tissu cellulo-grasieux,
- 3° Par l'aponévrose fessière,
- 4° Par le muscle grand fessier,
- 5° Enfin, par la tubérosité ischiatique.

Le muscle grand fessier glisse sur l'ischion à la façon d'une toile tendue par des attaches, d'un côté au sacrum, au grand ligament sciatique et à la crête iliaque; de l'autre côté au grand trochanter. C'est entre le grand fessier et l'ischion que se trouve la bourse séreuse qui fera l'objet de notre étude, au point de vue pathologique.

Voici ce que dit Richet, de cette région, dans son « Traité d'anatomie chirurgicale. »

« La couche sous-cutanée est épaisse et formée par une graisse rougeâtre, contenue dans des aréoles fibreuses, où elle paraît être dans un état de compression permanente.

» Lorsque, en effet, on incise la peau en y comprenant la couche cutanée, on voit les pelotons graisseux faire hernie sur la surface de la coupe. Les aréoles sont formées par des tractus fibreux, qui se détachent de la peau profonde du derme et se portent sur l'aponévrose où elles s'insèrent.

» Au niveau de l'ischion et du grand trochanter, ce tissu cellulaire se dépouille de sa graisse, prend l'aspect lamelleux et souvent se convertit en bourse séreuse, suivant la remarque de Velpeau.

» La couche sous-cutanée de la région fessière, qui présente avec celle du talon une grande analogie, paraît, comme elle, destinée à servir de coussinet aux parties profondes, pour les protéger contre les pressions inévitables dans la position assise.

» C'est là ce qui explique son épaisseur, sa dureté, et aussi cette sorte d'élasticité dont elle jouit, grâce à la compression permanente dans laquelle se trouvent les vésicules graisseuses qui la constituent.

Elle communique avec les couches semblables des régions qui l'avoisinent; aussi au niveau du bord antérieur du grand fessier se met-elle en rapport avec celle qui règne au niveau de l'ischion. »

Nous voyons donc que la région ischiatique, comme toutes les régions de la peau, se trouve soulevée par une tubérosité osseuse qui est exposée à des frottements continus et présente des bourses séreuses qui forment à la peau un coussinet comme un appareil protecteur de l'épiderme qui viendrait à être contusionné contre l'os. Les

anatomistes donnent peu de renseignements sur la bourse séreuse ischiatique. « Le grand fessier glisse sur l'ischion au moyen d'une bourse séreuse à peu près constante », d'après Testut.

Tillaux ne parle que des bourses séreuses accidentelles de la région fessière, au niveau du tissu cellulo-graisseux.

DÉFINITION. — DIVISION. — ÉTIOLOGIE

(AGE, SEXE)

Le terme d'hygroma, qui fut donné par Heister, en 1739, aux kystes séreux du cou s'appliqua ensuite aux collections séreuses enkystées contenues dans ces bourses soit accidentelles ou normales pour lesquelles Lejars accepterait plus volontiers la dénomination de « bursites » consacrée à l'étranger.

L'hygroma de la bourse ischiatique offre à étudier, comme toutes les autres séreuses de l'économie, différentes variétés qu'on a classées en hygroma aigu et hygroma chronique.

Hygroma aigu. — Selon Lejars, l'hygroma aigu comprend trois variétés: l'hygroma sec, l'hygroma séreux, l'hygroma purulent.

L'hygroma sec s'observe rarement; il n'est, la plupart du temps, que le premier stade de l'hygroma séreux, variété que l'on sera appelé à constater le plus souvent. Celui-ci peut être dû au traumatisme ou bien succéder à une infection de voisinage : érosion de la peau, lymphangites, furoncles (hygroma furonculeux), érysipèle (hygroma érysipélateux), une affection tuberculeuse de voisinage laquelle peut être d'origine osseuse ou cutanée et retentir

sur la bourse séreuse avoisinante. La tuberculose des bourses séreuses a été bien étudiée, dans ces derniers temps, par des auteurs tels que : Forget, Nicaise, Poulet, Vaillard, Quénu, Lejars et Delorme.

Nous savons, en outre, que les maladies générales telles que la goutte, les rhumatismes succédant rarement à l'hygroma aigu, l'hygroma chronique de la bourse ischiatique est plutôt dû aux contusions, soit par chute sur la région ou choc direct, soit aux frottements réitérés comme on le remarque chez les tisserands et les bateliers, qui sont obligés d'exercer une certaine force que supporte surtout la tubérosité ischiatique quand ils sont assis.

Age, sexe. — Par les exemples que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale et ceux que nous publions, nous constatons que cette affection atteint surtout les hommes, 3 sur 4, voilà pour le sexe ; quant à l'âge nous remarquons que l'on rencontre l'hygroma à tout âge, après 28 ans.

Pourquoi la femme et les jeunes gens sont-ils moins sujets à une pareille affection ? La cause nous paraît bien simple : l'homme, devant satisfaire à des travaux plus durs que la femme, que les jeunes gens, se trouve généralement exposé aux frottements qui irritent la région et développent la maladie. La blennorrhagie et le rhumatisme peuvent engendrer des affections aiguës des bourses séreuses ; une de nos observations vient corroborer la variété décrite par Cruveilhier. Cet auteur aurait vu évoluer un hygroma de la bourse ischiatique chez un individu atteint de rhumatisme. Nous ne ferons que citer les hygromas purulents, avec leur division en hygromas localisés et en hygromas purulents diffus, dont le pronostic est très

grave et pour lesquelles l'intervention est presque une opération d'urgence.

Hygroma chronique. — Cette seconde forme d'hygroma fera l'objet principal de notre étude, tant aux points de vue étiologique, anatomo-pathologique qu'au point de vue du traitement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FORMES DE L'HYGROMA CHRONIQUE

Nous laisserons de côté l'anatomie pathologique de l'hygroma aigu pour n'envisager que l'hygroma chronique dont l'évolution clinique mérite de nous arrêter un instant.

A l'exemple de Lejars, nous diviserons l'hygroma chronique en :

- 1° Hygroma kystique,
- 2° Hygroma proliférant,
- 3° Hygroma fibreux,
- 4° Hygroma hémorragique.

Hygroma kystique. — Cette forme paraît être la plus fréquente. Cependant, nous devons faire remarquer qu'au niveau de l'ischion, c'est plutôt la forme fibreuse qui paraît dominer.

Il est vrai que la forme kystique est, en général, le premier stade des autres variétés d'hygroma, c'est elle que nous trouvons le plus souvent au niveau de la rotule et du trochanter.

On ne saurait mieux comparer cette variété d'hygroma qu'à l'hydrocèle vulgaire, qui se compose d'une paroi

contenant du liquide. Cette paroi peut être plus ou moins épaisse ; on y trouve des incrustations calcaires comme en ont relaté Bazy et Pamard.

Voici la description anatomo-pathologique des parois telle que la donne Duret dans un cas opéré par lui :

« Les parois étaient formées d'un tissu fibro-lamelleux, au milieu duquel étaient situés de gros lobules adipeux simulant assez bien les lobules du mésentère au voisinage du gros intestin.

« La face interne de la poche était recouverte de masses d'un tissu d'aspect fibrineux et filamenteux se laissant déchirer facilement.

» Quelques-uns de ces blocs flottaient librement dans le liquide séreux qui remplissait la cavité. On pouvait également décoller, sur toute cette surface interne, une membrane de consistance pâteuse ; se déchirant comme une pâte molle et qui, vraisemblablement, étaient constituée par de la fibrine.

» Au-dessous de cette membrane, la paroi était lisse et comme séreuse. A l'aspect histologique, cette dernière se montrait formée du tissu conjonctif à différentes époques de son évolution et présentant son plus grand développement dans les couches superficielles. »

Bazy a trouvé, dans la bourse séreuse trochantérienne sous-cutanée, deux petites tumeurs du volume d'un gros marron, implantées sur la paroi superficielle.

Elles avaient une coloration blanchâtre, étaient dures, criaient sous le scalpel quand on les a sectionnées. La surface de coupe offrait la même coloration et montrait que la tumeur semblait être formée de couches assez régulièrement concentriques. Quelques points assez étendus avaient un aspect brillant, comme s'ils eussent été constitués par du tissu cartilagineux. Par ces caractères macros-

copiques, elles se rapprochent des tumeurs formées sinon en totalité, du moins en très grande partie, par du tissu fibreux, comme les corps étrangers articulaires.

Pamard, dans sa communication à la Société de chirurgie, 4 novembre 1874, décrit aussi le cas qu'il opéra à cette époque.

Examen des tumeurs. — Elles présentent les dimensions que nous avons déjà indiquées ; elles sont revêtues dans toute leur étendue par une membrane d'enveloppe ; leur face antérieure est mamelonnée ; leur face postérieure est lisse ; elles présentent cette dureté qui m'avait tout d'abord frappé, et ont l'aspect de corps calcaires. La tumeur gauche a subi un travail de désorganisation, qui a amené peu à peu la destruction de la moitié interne.

On peut voir sur la pièce que la partie qui reste a été comme creusée par ce travail. La tumeur droite est intacte, et elle donne à l'esprit la pensée qu'une injection d'un corps calcaire qui aurait été poussée dans la cavité de la bourse muqueuse et qui s'y serait solidifiée n'aurait pas un autre aspect. Elle présente un étranglement qui semble la diviser en deux parties, dont la supérieure est de beaucoup la plus considérable.

L'analyse clinique a eu lieu et a donné le résultat suivant :

Matières animales	30,5	
Matières minérales {	Phosphate de chaux	60
	Carbonate de chaux	5
	Urate de chaux, de soude, etc.	3
	Sels solubles dans l'eau. .	1,5
		100,0

La cause du développement de ces tumeurs n'est autre que la profession du sujet. Cette femme était buandière,

obligée par conséquent à passer la plus grande partie de ses journées appuyée sur ces genoux, c'est dans cette position qu'on lave le linge dans nos pays. Il en est résulté une inflammation chronique des bourses séreuses prérotuliennes qui a produit un épanchement séreux dans leur cavité. La cause persistant, puisque la femme R... a continué sa profession, cinq ans après la première apparition de la tumeur, il y a eu dans ces cavités un état inflammatoire subaigu, indolent et continu ; cet état subinflammatoire a produit une hypersécrétion fibrineuse et la fibrine du liquide épanché est venue se concréter soit sur les parois, soit dans l'intérieur de la cavité séreuse. C'est sans doute aussi la même cause qui a produit l'infiltration calcaire de ces tumeurs, infiltration qui en a complètement modifié la grosseur.

Hygroma fibreux. — Cette forme a été décrite par Erschsen et Mattenheimer, par Chélius, au niveau des régions prérotuliennes, prétibiales et olécrâniennes. La plupart des cas que nous avons recueillis ou publiés sont tributaires de cette variété dans la séreuse ischiatique. Quelle cause faut-il incriminer si ce n'est que par son siège spécial, l'hygroma séreux ou kystique, sans cesse irrité, froissé, contusionné par la station assise, à laquelle tout individu porteur d'une telle affection est obligé de recourir durant quelques heures de la journée tout en ne tenant pas compte de sa position sociale ? Les parois de l'hygroma s'épaississent de plus en plus, le liquide se dépose en formant des stratifications concentriques atteignant une dureté fibreuse, de sorte que certains auteurs, Mattenheimer et surtout Verneuil, avaient doté ces hypertrophies des bourses séreuses du nom de « fibromes » prérotuliens ou sous-ischiatiques. Cette dénomination ne

nous paraît pas juste : elle indique bien la composition histologique de la tumeur, mais son origine est passée sous silence, c'est pourquoi nous lui préférons la dénomination « d'hygroma fibreux ».

Hygroma hémorragique. — L'analogie que nous avons signalée entre l'hydrocèle et la synovite des bourses séreuses se continue pour la forme hémorragique. En effet, si nous constatons des épaisissements dans la vaginale avec dilatation de la gaine vasculaire et dégénérescence des vaisseaux dont les parois se rompent en donnant lieu à une hémorragie (Hématocèle), le même phénomène peut se produire pour les bourses et constituer une sorte de pachy-synovite hémorragique.

Des cas très instructifs ont été publiés par P. Berger (Hématome insolite de la bourse prérotulienne, *Bulletin de la Société de chirurgie* 1894, page 359), par Reverdin et Buscartel (Hématocèle de la bourse prérotulienne, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1894, t. XIV, page 430).

SYMPTOMATOLOGIE ET COMPLICATIONS

L'hygroma aigu de la bourse séreuse de l'ischion s'accuse, comme les autres hygromas, par la présence d'une grosseur ovoïde reproduisant la forme de la bourse séreuse, de consistance variable selon que les parois sont épaisses ou non, ou que le liquide distend plus ou moins les parois de l'hygroma. Lorsque le liquide est peu abondant, la pression digitale peut mettre en contact les deux parois internes en déterminant un bruit de frottement tout à fait particulier.

La peau est intacte, étant donnée la situation profonde de la bourse séreuse, qui ne peut pas retentir sur l'enveloppe cutanée qui la recouvre. La présence d'un hygroma ischiatique peut rester quelque temps inaperçue à cause de l'indolence de la tumeur. Tout au plus si le malade accuse une petite gêne au moment où il veut s'asseoir.

Hygroma chronique.— Celui-ci évolue insidieusement, sans douleur, sous la forme d'une grosseur, atteignant le volume d'un œuf de poule, quand le malade s'en aperçoit.

Cette grosseur ne roule pas sous le doigt comme une tumeur qui serait située dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané. Comme les attaches de la bourse séreuse par sa face profonde sont intimes avec l'os et son périoste, cette bourse reste fixée à l'ischion et ne peut se dévelop-

per que par la partie libre qui refoule devant elle le grand fessier, son aponévrose, le tissu cellulaire et la peau. Au fur et à mesure que la bourse séreuse se développe, elle tire sur ses attaches osseuses et elle arrive à constituer un pédicule de deux ou trois centimètres de longueur parfaitement sensible par la palpation à travers les tissus de la fesse. Cette corde fibreuse est pour nous d'une grande importance et nous sera d'un grand secours pour le diagnostic différentiel.

Nous l'avons dit et nous le répétons encore, la forme fibreuse est celle que l'on remarque le plus souvent à l'ischion, tandis que l'individu atteint d'hygroma de la rotule peut se mettre à l'abri des contusions, frottements et chocs qui pourraient irriter la poche de l'hygroma, comment la personne atteinte d'hygroma ischiatique pourrat-elle s'empêcher de s'asseoir pendant quelques heures de la journée ?

Aussi, ne soyons nullement étonnés de constater, pour cette région, le développement de tumeurs pouvant atteindre des dimensions extraordinaires.

Cloquet cite un hygroma ischiatique dont le volume égalait celui d'une tête de fœtus à terme.

Dans l'observation orale qui a été communiquée par le professeur Combalat, la tumeur était aussi volumineuse qu'un « gros melon cantaloup ».

Ces tumeurs peuvent rester des mois, des années même sans occasionner de véritables troubles. Le malade de Verneuil présentait un double fibrome sous-ischiatique depuis trois ans, et pourtant le malade n'éprouvait aucune douleur ; à peine accusait-il un peu de gêne quand il se tenait assis.

La malade du professeur Combalat était porteuse de sa tumeur depuis trois ans, et si nous avons constaté des

troubles chez elle, cela tenait à l'expansion de la tumeur, qui avait des connexions intimes avec le grand nerf sciatique.

L'hygroma de la bourse ischiatique peut être exposé aux ruptures, aux suppurations et aux épanchements sanguins.

Les ruptures sont rares, car les parois cèdent difficilement. A quel genre d'exercice ne s'était-il pas livré, le malade dont la tumeur est figurée dans le courant de ce travail ? Il frappait à coups redoublés sur sa grosseur et, comme il croyait avoir à faire à une poche contenant de l'eau, il s'asseyait brusquement dessus à plusieurs reprises sans arriver à la crever. Comme dans la pachy-vaginalite, les vaisseaux des parois peuvent se rompre et déterminer une hémorragie, qui peut être circonscrite ou diffuse, selon que les parois ont résisté ou non.

La complication la plus grave pour les hygromas, en dehors des tumeurs malignes, est, sans contredit, la suppuration.

Celle-ci peut être primitive ou succéder à une érosion ; à une lymphangite, à un furoncle de la peau qui recouvre ou avoisine la bourse séreuse.

La syphilis, la tuberculose, peuvent évoluer dans les bourses séreuses, elles peuvent aussi donner naissance à des néoplasmes ainsi que le témoigne l'observation de notre président de thèse, M. le professeur Estor (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 18 novembre 1888), qui a grandement contribué à édifier ce chapitre de pathologie, à peine ébauché il y a quelques années.

Les affections de l'hygroma ischiatique peuvent donner lieu à des lésions osseuses suivies de fistules difficiles à guérir, et qui ont été bien étudiées par Chassaignac.

DIAGNOSTIC

Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'un hygroma de la bourse de l'ischion, il lui faut non seulement faire le diagnostic de l'affection, mais aussi celui de la variété.

D'après l'étude que nous avons faite au chapitre de la symptomatologie, on pourra, sans grande difficulté, se prononcer sur le cas à examiner, surtout quand on aura affaire à un hygroma aigu.

Là où les difficultés augmenteront, c'est lorsqu'on se trouvera en présence d'un hygroma chronique.

Deux cas sont alors à considérer :

1° La tumeur n'est pas ulcérée ;

2° La tumeur est ulcérée.

I. La tumeur n'est pas ulcérée. Avec quelles affections pourrait-on la confondre ?

1° Avec un abcès froid ; soit que cet abcès froid soit consécutif à une lésion osseuse de la tubérosité de l'ischion, soit que l'on ait affaire à un abcès par congestion qui, parti de la colonne vertébrale ou de la fosse iliaque interne, serait venu, à travers la grande échancrure sciatique ou le trou sous-pubien, se faire jour au niveau de la région sciatique.

Chassaignac insiste beaucoup sur la transparence comme signe différentiel, mais, quand on aura affaire à un

hygroma chronique, la transparence ne se verra pas et l'abcès froid sera plutôt révélé par sa marche plus rapide, quelques phénomènes douloureux dus à l'existence d'une lésion osseuse, qu'une pression *loco dolenti* mettra immédiatement en évidence.

L'abcès par congestion aura de la tendance à venir s'ouvrir à la partie la plus déclive dans un laps de temps assez écourté. Enfin, une notion générale d'observation clinique, c'est que les abcès par congestion se constatent rarement dans cette région.

Le lipome qui siègerait à ce niveau, qu'il soit diffus ou encapsulé, sera difficilement différencié de l'hygroma. En effet, ici, même marche chronique, même indolence, même forme, peut-être un peu moins de dureté et, surtout, un signe qui existe rarement dans le lipome, la présence d'une corde fibreuse, qui est le pédicule de l'hygroma parfaitement sensible à travers les tissus de la région fessière.

Les kystes dermoïdes et les kystes hydatiques sont des raretés sur lesquelles nous n'insisterons pas, mais qu'il faudra toujours avoir présents à l'esprit.

D'autres tumeurs telles que les fibromes, les sarcomes, soit du muscle grand fessier ou de la tubérosité de l'ischion peuvent venir jeter des troubles dans l'esprit du chirurgien ; mais leur évolution est tout autre. Les tumeurs malignes retentissent davantage et plutôt sur l'état général du sujet. Velpeau parle de ces tumeurs développées sur les nerfs de cette région, du grand sciatique en particulier et qu'on nomme névromes, bien qu'histologiquement l'élément nerveux puisse faire défaut. La douleur et leur nombre les différencient de l'hygroma de cette région.

II. La tumeur est ulcérée.

De prime abord, on peut confondre l'hygroma avec un anthrax ou un furoncle antracoïde de la fesse. Ici, l'évolu-

tion est plus rapide ; la peau est chaude, œdématiée, rouge. Aucune grosseur antérieure.

Les gommès syphilitiques et tuberculeuses peuvent être différenciées de l'hygroma ulcéré.

Dans les gommès syphilitiques, le fond est sanieux, atone ; les contours sont polycycliques et comme taillés à l'emporte-pièce. D'autres accidents précèdent les gommès syphilitiques.

La gomme tuberculeuse se présente avec des bords violacés et décollables, accompagnée souvent d'autres manifestations bacillaires.

PRONOSTIC

Avant l'ère antiseptique, l'évolution de l'hygroma en général et de l'hygroma chronique en particulier, ne laissait pas sans causer quelque inquiétude au chirurgien qui abordait timidement ces tumeurs dont les complications (hémorragies, suppurations) étaient d'un pronostic grave, sinon mortel.

Il ne fallait pas, à cette époque, songer à l'extirpation de ces tumeurs si on ne voulait pas s'exposer aux pires mésaventures, témoin le cas que Saint-Germain rapporte dans son «Traité de chirurgie des enfants»: «Vers le milieu » de 1857, entre dans le service de Chassaignac une jeune » fille de 18 ans, atteinte d'hygroma du genou gauche... » Aussi, sans hésiter, le lendemain de l'entrée de cette » malade, embrocha-t-il l'hygroma de son long trocart et » y passa-t-il immédiatement après un tube en caoutchouc » vulcanisé. Dès le soir de l'opération, fièvre intense, » gonflement considérable de toute l'articulation. Le sur- » lendemain, arthrite purulente. L'articulation fut large- » ment ouverte et la malade soumise à l'irrigation con- » tinue.

» Huit jours après le malencontreux drainage, la ma- » lade était amputée de sa cuisse et succombait sept jours » après l'amputation, après avoir présenté tous les signes » de l'infection purulente.

» Elle avait payé cher ce drainage d'un simple
» hygroma. »

Aujourd'hui, grâce à l'aseptie et à l'antiseptie, le pronostic de l'hygroma n'est plus aussi sombre qu'auparavant; il est assez rare que l'on ait à signaler de graves complications et l'on peut se permettre, presque sans crainte, l'extirpation de ces tumeurs.

TRAITEMENT

Actuellement, deux méthodes sont employées pour la cure de l'hygroma :

- 1^o La méthode oblitérante.
- 2^o La méthode destructive.

La méthode oblitérante est une méthode recommandable dans l'hygroma récent, dont la paroi est encore élastique, soit qu'on l'emploie sous forme de révulsion, de compression ou de ponction suivie d'injection à la teinture d'iode ou d'un attouchement au nitrate.

Lorsque l'hygroma tend à devenir chronique, l'extirpation est la méthode de choix en même temps qu'elle constitue une méthode définitive, radicale.

Avant l'avènement de l'antiseptie, Chassaignac pouvait dire avec raison, que « presque tous les auteurs parlent » les uns à la suite des autres, de l'ablation complète ou » extirpation de l'hygroma ; mais beaucoup en parlent » sans jamais l'avoir pratiquée, et sans paraître se douter » que ce genre d'opération a des difficultés d'exécution » qui la rendent presque inexécutable ».

Actuellement, toutes ces difficultés tombent d'elles-mêmes devant les ressources du chirurgien.

En admettant même, et cela arrive souvent, que l'on ne puisse pas enlever la tumeur tout entière, en admettant que l'on soit obligé de racler les parois de la poche adhé-

rente aux tissus environnants, n'est-il pas toujours possible de racler avec la curette, ces débris qui pourraient donner lieu à des récidives ?

Nous n'insisterons pas sur les bienfaits de la cure radicale de l'hygroma. Le mémoire de Houzel, dans la *Revue de chirurgie*, 1886, constitue un excellent plaidoyer en faveur de cette méthode.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Communication orale faite par M. le professeur Combalat et recueillie par le
Dr Acquaviva, chef de clinique chirurgicale

La nommée X. ., rentière, est vue, il y a quelques années, par le docteur Combalat, qui constata une tumeur siégeant dans la région fessière droite au niveau de la région ischiatique. Cette tumeur, qui avait le volume d'un « melon cantaloup », s'était développée insensiblement, sans douleur, s'accompagnant d'un peu de gêne dans les premières années, car elle remontait à trois ans quand notre maître la vit en consultation avec le Dr Flavart. Cette gêne alla en s'accroissant et bientôt il fut impossible à la malade de s'asseoir sur cette fesse, de sorte que le cubitus latéral ou horizontal lui était absolument indispensable.

La peau qui environnait et recouvrait la tumeur était saine, quoique ayant contracté quelques adhérences avec la grosseur. Le muscle fessier était refoulé en haut et la malade avait de la peine à allonger en partie la jambe droite, qu'elle tenait la plupart du temps fléchie. La consistance était dure, d'une dureté presque ligneuse ; aucun point fluctuant. La tumeur est bosselée et reçoit des prolongements qui viennent comprimer le grand nerf sciatique.

que occasionnant des douleurs et en même temps une gêne de circulation en retour qu'accuse un œdème assez accentué du membre inférieur.

Pas de rougeur, pas de chaleur de la peau. Bien qu'assez âgée (53 ans), cette femme jouit d'une bonne santé.

Le passé pathologique personnel et héréditaire de la malade n'offre rien de particulier.

L'extirpation de la tumeur est pratiquée par le professeur Combalat avec l'aide du docteur Flavart.

Une incision, mesurant 14 centimètres environ, est conduite parallèlement au bord inférieur du grand fessier, au niveau de la grosseur, à laquelle on laisse adhérer une bande de peau, environ 2 centimètres.

Les adhérences au plan profond sont énormes. La dissection en est difficile, car la grosseur envoie des prolongements dans toute la région fessière et principalement au niveau du carré crural. A petits coups, le professeur Combalat arrive à pouvoir en délimiter les contours, arrêté seulement au niveau de la tubérosité de l'ischion, à laquelle la tumeur paraît tenir solidement. On est obligé de lier de petites artérioles provenant du grand fessier, afin de dégager le champ opératoire.

A coups de ciseaux, le professeur Combalat sépare la tumeur de la tubérosité ischiatique. La plaie est béante, énorme, les deux poings la comblent à peine.

A cette époque, où la méthode antiseptique n'était pas encore en faveur, mais déjà on commençait à pratiquer les pansements à l'alcool. Ce fut le mode de traitement que l'on employa : charpie trempée dans l'alcool.

La guérison complète n'eut lieu que cinq mois après l'opération, ce qui s'explique très bien quand on songe à la vaste cavité dont on dut attendre la cicatrisation à pansement ouvert.

L'examen microscopique de la pièce eut lieu séance tenante, et notre maître nous dit qu'au niveau de l'insertion de l'ischion, il put introduire une sonde cannelée à travers un orifice qui aboutissait à une cavité peu volumineuse à parois internes lisses.

Le professeur Combalat pensa à un hygroma fibreux de la bourse de l'ischion.

OBSERVATION II

« Bulletin de la Société de chirurgie ». — Présentation de pièces par M. Verneuil. — Double fibrome sous-ischiatique

Etienne G..., 33 ans, gardien de musée, robuste, d'une excellente santé et sans autres antécédents morbides qu'un chancre simple contracté il y a dix ans, s'aperçut, en 1876, de l'existence, à la partie inférieure de la fesse gauche, d'une tumeur, quoique assez profondément située sous la peau et absolument indolente même à la pression. Au commencement de 1879, une tumeur semblable, siégeant exactement au même point, fut constaté à la fesse droite. Aucune cause ne peut être invoquée. G... n'a pas fait de chute, ni reçu de coups, il n'est que rarement assis. Ces productions ne déterminent point d'accidents et deviennent seulement un peu gênantes quand le siège repose longtemps sur un corps dur; toutefois comme elles s'accroissent rapidement, G... entre, sur mon conseil, à l'hôpital pour s'y faire opérer.

Etat actuel du 9 décembre. — La fesse gauche semble pointue inférieurement; cette apparence est due à la présence, dans son épaisseur, d'une tumeur ayant la forme et les dimensions d'un gros œuf de poule, dont l'extré-

mité supérieure serait fixée à la tubérosité de l'ischion et dont l'inférieure soulèverait la peau, sans l'altérer, du reste, ni y adhérer fortement.

L'attache à l'ischion se fait par un pédicule court, épais et très solide, car la tumeur peut être mobilisée latéralement, mais non éloignée de son insertion. A droite, la tumeur occupe le même siège et affecte les mêmes rapports, elle est seulement beaucoup moins volumineuse. Des deux côtés les masses morbides offrent des caractères identiques ; elles sont d'une dureté extrême et légèrement mamelonnées à la surface ; du reste assez bien circonscrites.

En discutant les diagnostics, j'éliminai aussitôt les tumeurs malignes et le lipome, et m'arrêtai à l'hypothèse d'un fibrome en connexion étroite avec l'extrémité libre de la tubérosité de l'ischion ; mais, ici, les doutes commençaient, car, ne pouvant avoir affaire à un fibrome pur et simple, né du périoste, à un corps étranger développé dans la bourse séreuse sous-ischiatique, à l'hypertrophie des parois mêmes de cette bourse et, enfin, à un fibro-névrome par accroissement de ces épaissements normaux des nerfs sous-cutanés que Ludovic Hirs Lifeld a décrits dans cette région, je m'arrêtai de préférence à l'hypertrophie des parois de la bourse séreuse.

Dans tous les cas, la médication interne et externe me paraissant tout à fait inutile, je proposai l'extirpation, qui fut acceptée. Cette opération eut lieu le 15 décembre. Le malade, couché sur le côté droit, et les cuisses fortement fléchies sur le bassin pour faire saillir davantage les tumeurs, j'attaquai d'abord la tumeur du côté gauche ; en conséquence, je fis, à cinq centimètres de la ligne médiane et presque parallèlement à elle, une incision légèrement courbe, la concavité regardant en dehors et lon-

gue de six bons centimètres. Le bistouri, divisant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, assez abondamment pourvu de graisse, mit à découvert l'extrémité de la tumeur facilement reconnaissable à sa couleur d'un blanc nacré et à sa consistance solide.

Une pince de Museux étant implantée dans la masse morbide, je me mis en devoir de l'isoler par énucléation, d'arriver au pédicule et de terminer par la section de ce dernier. Ce programme ne put être réalisé. Les attaches de la tumeur étaient partout si serrées, si consistantes, qu'il me fallut les détruire une à une avec le bistouri et surtout les ciseaux courbes conduits sur la pulpe de l'index de la main gauche. Arrivé ainsi très laborieusement à une profondeur de six centimètres environ, je rencontrai, enfin, l'insertion supérieure qui se faisait largement à toute la saillie de l'ischion. Je divisai à petits coups de ciseaux le pédicule très résistant; en rasant le plus possible la surface osseuse, sans toutefois la dénuder, et finis par détacher la tumeur. Il s'écoula peu de sang et n'eus à lier qu'une artériole du muscle grand fessier, dont j'avais été obligé de débrider le bord inférieur. Je procédai aussitôt à l'ablation de l'autre fibrome; elle fut moins laborieuse en raison du moindre volume de la masse, mais je retrouvai, néanmoins, les mêmes adhérences circonférencielles, la même attache à l'ischion, la même profondeur aux deux foyers opératoires. Les plaies, lavées soigneusement avec une solution phéniquée à 5 0/0, ne furent point réunies; j'aurais craint, en cas d'insuccès, de voir se développer un phlegmon profond de la cuisse. Un tube à drainage, gros et court, fut placé dans les plaies de façon à en atteindre le fond; puis, on appliqua sur le tout de la mousseline et de la charpie imbibées d'eau phéniquée, une couche de ouate et de taffetas gommé, le tout

maintenu par un bandage. Ce pansement doit être renouvelé de quatre à cinq fois dans les 24 heures.

Les suites furent extrêmement simples, l'état général ne fut pas un instant troublé; dès le quatrième jour, les plaies étaient recouvertes de magnifiques bourgeons charnus; le drain, expulsé par le travail de cicatrisation, ne peut être maintenu que six jours; l'opéré, très impatient, se lève le 22 et rentre chez lui le 29. Les plaies étaient presque complètement fermées.

Examen des tumeurs. (Note remise par M. le Dr Nepveu). — Dépouillées des fragments du tissu adipeux et musculaire, elles pèsent, la gauche 200 grammes et la droite 5 grammes seulement; les contours de la première sont nettement arrêtés et sa substance est homogène; la seconde, au contraire, paraît formée de deux portions juxtaposées, l'une ferme et dense, et l'autre composée d'un tissu plus lâche.

La coupe est d'un blanc nacré et on y distingue comme dans les fibromes très denses, des noyaux entourés de faisceaux entrecroisés en divers sens. Le microscope confirme les données de l'examen à l'œil nu : fibres ondulées, très résistantes, peu ou pas de matière amorphe, quelques éléments fusiformes, surtout dans la tumeur de date récente : tumeur extrêmement rare. La recherche des nerfs, faite avec l'acide osmique et le chlorure d'or, est tout à fait négative. En revanche l'hypothèse d'une hypertrophie des parois de la bourse séreuse sous-ischiatique est pleinement justifiée, au moins du côté gauche; la grosse tumeur, en effet, offre à son extrémité profonde les traces d'une cavité à parois lisses, dans laquelle font saillie des franges analogues à celles qu'on trouve dans certaines bourses séreuses chez les rhumatisants. Un bel épithélium pavimenteux tapisse la surface de cette cavité.

Nous ne trouvons pas, à droite, trace de cavité ; toute la masse est formée de tissu fibreux et fibro-plastique.

Discussion. — M. Nicaise : « Je ne dirai que quelques mots, pour donner la relation d'un cas semblable.

» Il y a 4 ans, j'ai opéré, dans le service de M. Verneuil, que je remplaçais, une femme de 40 ans, qui portait une tumeur identique à celle qui vous a été présentée par M. Verneuil. C'était aussi un fibrome de l'ischion, un seul côté était affecté ».

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance du docteur Acquaviva, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Marseille).

Hygroma fibreux ulcéré de la bourse de l'ischion du côté droit. — Extirpation. — Guérison.

Le nommé Bernard Pascal, âgé de 38 ans, exerçant le métier de charretier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Cauvière, n° 5, dans le service du professeur Combalat, pour une affection de la fesse droite.

Examiné dès son entrée à l'hôpital, nous nous trouvons en présence d'une fesse pointue, surmontée d'une ulcération siégeant au niveau de la région ischiatique, offrant à peu près les dimensions d'une pièce de 40 sous et de laquelle s'échappe un liquide séreux citrin. La peau est rouge tout autour de l'ulcération, chaude et légèrement œdématiée. Les bords de la plaie sont décollés, irréguliers. Le fond est anfractueux, sanieux ; à la partie supérieure, on constate un tissu saillant, jaunâtre, effiloché, ressemblant à un tendon sphacélé dont on enlève les morceaux à l'aide de pinces hémostatiques.

Par la palpation, on ne constate aucune douleur, au niveau, ni autour de la plaie. Tout au plus si le malade se trouve gêné parce qu'il ne peut pas se tenir dans la position assise.

La grosseur peut être mobilisée en masse, et quand on la prend entre les doigts, on sent une corde qui se prolonge jusqu'au niveau de l'ischion. En explorant le fond de la plaie avec la sonde cannelée on ne constate aucune crépitation osseuse, ni aucune sensation de corps dur, cartilagineux par exemple. La course de l'instrument se trouve limitée par les parois épaissies de la tumeur, dont le volume atteint celui d'une poire moyenne. Dans nos investigations nous ne trouvons pas de ganglions à l'aîne, pas de fistule, pas de fissure; pas d'hémorroïdes du côté de l'anüs; aucun abcès enfin autour de l'anüs et du rectum.

Quand nous interrogeons le malade sur l'évolution de cette tumeur, il nous raconte que depuis, six mois, il a senti une petite boule mobile roulant sous le doigt, indolore à tel point que notre individu y frappait dessus à coups de poings redoublés, parfois même s'asseyait dessus brusquement sans déterminer la moindre sensation douloureuse. Petit à petit, la tumeur augmenta de volume, commença à être le siège de picotements qui gênaient le malade. A cette époque, un mois avant son entrée à l'hôpital, il consulta un herboriste, qui lui fit appliquer cataplasmes sur cataplasmes pour faire fondre la grosseur.

Cette thérapeutique eut pour résultat d'irriter énormément la tumeur, qui contracta des adhérences avec la peau et finalement s'ouvrit à l'extérieur en laissant échapper un liquide séreux en petite quantité.

L'ulcération de la peau fit des progrès de jour en jour, et, lorsque nous vîmes le malade, elle avait à peu près les dimensions d'une pièce de 40 sous.

Comme antécédents héréditaires, notre malade n'offre rien de particulier à signaler ; son père et sa mère sont encore en vie, il a une sœur qui est mariée et qui a eu trois enfants tous en bonne santé.

Quand nous aurons ajouté que cet individu jouit d'une santé générale excellente, qu'il n'est atteint d'aucune diathèse ou affection telles que : tuberculose, syphilis, nous aurons fait connaître tout le passé pathologique de notre malade, qui est loin d'être chargé.

En présence de cette tumeur ulcérée, étant donné sa localisation lente et indolore, sa dureté, l'intégrité de l'os, nous posons le diagnostic d'hygroma de la bourse de l'ischion avec hypertrophie des parois.

Nous proposons au malade l'intervention immédiate, consistant dans l'excision de la tumeur. Acceptée par celui-ci, l'opération est pratiquée par nous avec l'aide de notre ami Raybaud, interne du service, le 8 septembre 1899. Par une incision elliptique, parallèle au pli interfessier, nous circonscrivons la tumeur, à laquelle nous laissons adhérer de part et d'autre un centimètre de peau à la façon d'une tranche d'orange taillée en ellipse. Nous tombons sur une zone grasseuse saignant en nappe. Après avoir fixé solidement avec deux pinces à griffes le sommet de la tumeur, nous dénudons lentement, en nous aidant du doigt et de la spatule, parfois même des ciseaux, la coque épaisse de l'hygroma, dont nous arrivons à découvrir le pédicule, qui va s'attacher solidement à la tubérosité ischiatique. En chemin, nous sommes obligé de détacher quelques fibres du grand fessier qui empiètent sur notre champ opératoire, et finalement, la libération étant faite de tous les côtés, nous sectionnons le pédicule au ras de l'os, avec de forts ciseaux, et la tumeur privée de ses attaches nous reste entre les mains.

Nous nous trouvons alors, en présence d'une cavité énorme qui peut abriter la grosseur de notre poing. Comme l'hémorragie est assez abondante, nous bourrons la cavité avec trois gazes iodoformées et nous exerçons de la compression pendant cinq minutes environ. Après avoir posé une ligature sur une petite artériole provenant du grand fessier, l'hémorragie cesse. Comme la cavité est énorme et que nous jugeons que la plaie demanderait beaucoup de temps pour se combler, nous avons l'idée d'agir ici comme Delbet le fait pour les kystes hydatiques : le capitonnage. Avec un fil de catgut nous pratiquons un surjet technique, qui nous permet d'amoindrir la cavité de plus de la moitié ; nous avons la précaution de laisser à la partie inférieure de la plaie la place pour le passage d'un drain en caoutchouc qui assurera l'assèchement de la cavité.

Nous pratiquons la suture immédiate au crin de Florence et nous terminons par un pansement volumineux à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires sont des plus simples ; nous passons sur beaucoup de détails ; les fils sont enlevés au 10^m jour. Tout va bien. Au 25^e jour, le malade est complètement guéri et quitte l'hôpital pour reprendre son travail de charretier. Nous avons eu de ses nouvelles le 25 décembre, son état de santé est excellent ; il vaque à ses occupations, qui sont assez pénibles, sans aucune difficulté.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance du docteur Acquaviva).

X..., douanier, âgé de 28 ans, se trouve à l'hôpital militaire de Marseille pendant que nous accomplissons

une période de 28 jours dans le service de chirurgie.

Entré à l'hôpital depuis un mois, il a subi une opération : incision au bistouri et raclage à la curette pour une grosseur située au niveau de la région ischiatique droite. Au moment où nous l'examinons, nous constatons une plaie avec bourgeons exubérants, de la dimension d'une pièce de vingt sous, accompagnée d'une fistule d'où s'échappe un liquide séreux et citrin. Tout autour, nous constatons une zone d'induration provenant des adhérences de la plaie et des cicatrices d'incisions pratiquées au bistouri. La peau des environs est saine. Par la palpation, nous pouvons nous rendre compte de la présence d'un pédicule long de trois centimètres, profondément enfoui dans les tissus de la région et venant s'attacher à la tubérosité ischiatique.

Instruit par l'exemple que nous avons eu sous les yeux quelques mois auparavant, nous pensons immédiatement à la possibilité d'une affection de la bourse séreuse ischiatique, et voici ce que nous apprend l'interrogatoire du malade à ce sujet.

Depuis trois ans environ, étant encore soldat aux husards, il s'était aperçu d'une petite grosseur du volume d'une bille qui roulait sous ses doigts quand il cherchait à la déplacer d'un côté et de l'autre.

A aucun moment, cette grosseur ne le gêna pour monter à cheval et pour s'asseoir ; jamais il ne ressentit de douleur. Il consulta le médecin du régiment qui le tranquillisa et tout alla bien jusqu'au mois de janvier 1898, époque à laquelle notre douanier commença à ressentir quelques picotements du côté de la fesse, au niveau de la grosseur, qui n'avait jamais disparu. Peu à peu, la peau devint chaude, s'œdématisa au-dessus de la grosseur et, au bout de trois mois les douleurs devinrent si fortes qu'il alla

consulter un médecin à Château-Neuf-les-Martigues. Celui-ci, croyant se trouver en présence d'un abcès à la fesse, lui donna un coup de bistouri, et le malade nous raconte qu'il s'écoula de cette incision un liquide sale, ressemblant à des urines troubles, mais en très petite quantité.

Des pansements antiseptiques furent appliqués dans la suite, mais la guérison tarda à se faire, une fistule s'était formée. A ce moment, le douanier reçoit son changement pour Marseille, et, à son arrivée dans la ville, il se montre à un médecin qui lui pratique des cautérisations au nitrate d'argent, sans grand résultat. Finalement, il se décide à entrer à l'hôpital où nous le voyons dans un état général excellent et offrant le type de l'homme robuste, bien charpenté et bien musclé. Les antécédents personnels sont excellents ; jamais de maladie l'ayant obligé à rester couché, pas de syphilis ni de blennorrhagie. Il est le troisième enfant d'une famille sans tare aucune. L'évolution indolente chronique de cette petite bille sur la peau, qui était arrivée à s'ulcérer tout en conservant un pédicule attaché sur l'ischion, le résultat négatif que nous donne le stylet au point de vue d'une lésion osseuse, l'absence de traumatisme, d'excoriation de la peau, l'aspect particulier de cette plaie de bonne apparence, avec traces de cicatrisations, nous fit émettre le diagnostic d'une lésion de la bourse séreuse de l'ischion, de moindre importance au point de vue de son volume que celle que nous figurons dans ce travail.

Nous fîmes part de nos impressions au chirurgien traitant, et, devant l'insistance du malade qui, fiancé, demandait à être débarrassé de cette plaie qu'il traînait depuis plusieurs mois, on décida d'intervenir par une incision tout le long de la grosseur. Le pédicule est mis à nu sur

tout son trajet et raelé énergiquement avec une curette de Wolkman. Nous aurions préféré une extraction complète de la tumeur, telle que nous l'avions pratiquée sur un malade de l'Hôtel-Dieu. Nous suivîmes pendant quelques jours le malade, dont la plaie se fermait lentement et que nous perdîmes de vue en quittant l'hôpital militaire.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance du Dr Acquaviva, chef de clinique chirurgicale

Au mois de juillet dernier, un de nos amis, étudiant en médecine, âgé de 23 ans, vint nous consulter pour une blennorrhagie assez rebelle et pour laquelle il se soignait, depuis plus de six mois, par des lavages au permanganate. L'écoulement avait diminué depuis quelques jours, mais ce qui le tracassait, disait-il, c'était une boule qu'il sentait au niveau de la tubérosité ischiatique. Cette boule le gênait quand il allait pour s'asseoir et surtout quand il voulait faire de la bicyclette, dont notre ami était grand amateur.

Dans notre examen, nous ne trouvâmes rien d'anormal au niveau de la peau qui était saine.

Par la palpation nous avons la sensation d'une grosseur uniforme quasi rénitente, assez profondément située au-dessous du muscle grand fessier, qui la recouvrait en partie quand il se contractait.

Par une forte pression, nous déterminons une sensation de froissement, due probablement à l'accolement de deux parois séparées par un peu de liquide.

Cette grosseur, qui n'atteignait pas le volume d'un œuf de poule, n'était nullement douloureuse. Rien de pareil du

côté opposé. La localisation, l'évolution chronique, car notre ami avait remarqué cette grosseur depuis trois mois, l'indolence de la tumeur, nous fit admettre une inflammation de la bourse séreuse de l'ischion. Nous conseillâmes à notre ami d'éviter de faire de la bicyclette, d'exercer de la révulsion avec de la teinture d'iode tous les quatre ou cinq jours, et, deux mois après, en le revoyant, nous ne constatons plus de grosseur. La blennorrhagie ne serait-elle pas pour quelque chose dans cette inflammation de la bourse ischiatique ? C'est probable. Cruveilhier en cite un cas dû au rhumatisme.

OBSERVATION V

Chassaignac, « Traité des suppurations et du drainage chirurgical », (1859),
tome II, page 739. *Obs.* 724 :

Hygroma de la bourse ischiatique. — Guérison.

Claude Faureille, 52 ans, peintre en bâtiment, entre à l'Hôtel-Dieu, le 23 décembre 1844, salle Saint-Côme, 18. Dix-huit mois auparavant, cet homme s'était luxé la cuisse gauche avec fracture du fémur du même côté, vers le milieu de sa longueur.

La fracture avait empêché de réduire sa luxation, puis elle s'était consolidée, sans qu'alors ni depuis, on eût pu parvenir à replacer la tête de l'os dans la cavité cotyloïde.

Le 22 décembre 1844, cet homme fit une chute sur les marches de l'escalier et se fractura de nouveau la cuisse gauche près du même point où avait eu lieu la précédente fracture.

Le raccourcissement était de quatre travers de doigt, on sentait très bien la tête du fémur dans la fosse iliaque

externe, un peu au-dessus de la cavité cotyloïde; on appliqua sur la cuisse fracturée l'appareil ordinaire et au bout de 56 jours la consolidation fut obtenue. Le raccourcissement du membre resta toujours ce qu'il était, c'est-à-dire de près de quatre travers de doigt.

Le malade était sur le point de sortir de l'Hôtel-Dieu, lorsqu'il se plaignit d'une tumeur globuleuse du volume d'un petit œuf de poule et qui siégeait à la fesse gauche.

Je diagnostiquais un hygroma de la bourse séreuse placée entre le grand fessier et la tubérosité de l'ischion.

Le 20 mars, je pratiquais une ponction qui donna issue à une sérosité légèrement rougeâtre. Cette ponction fut faite au moyen d'une lancette dans la crainte qu'en employant le trocart et à raison du coup sec qu'on est obligé de donner pour faire pénétrer cet instrument, en traversant de part en part la collection s'implante dans la tubérosité sératique.

Une injection fut ensuite pratiquée avec la teinture d'iode et l'ouverture exactement fermée. L'inflammation se développa sans déterminer la résorption du nouveau produit épanché dans le kyste.

Je prescrivis alors des frictions sur la tumeur avec : pommade hydrargyrique, 30 grammes, chlorhydrate d'ammoniaque, 8 grammes.

Il survint de la salivation mercurielle, qui céda aux gargarismes avec le borax. Le malade sortit de l'Hôtel-Dieu parfaitement guéri le 6 juin 1845.

Cruveilhier parle d'une affection rhumatismale de la bourse chez un médecin qui se croyait atteint d'une affection de l'articulation coxo-fémorale.

CONCLUSIONS

I. L'hygroma de la bourse ischiatique est très rare :

1° A cause de l'inconstance de cette bourse ;

2° A cause de sa situation profonde.

II. Il existe un hygroma aigu et un hygroma chronique.

III. L'hygroma chronique à forme fibreuse paraît être la variété la plus fréquente.

IV. Pour l'hygroma récent, la méthode oblitérative suffit.

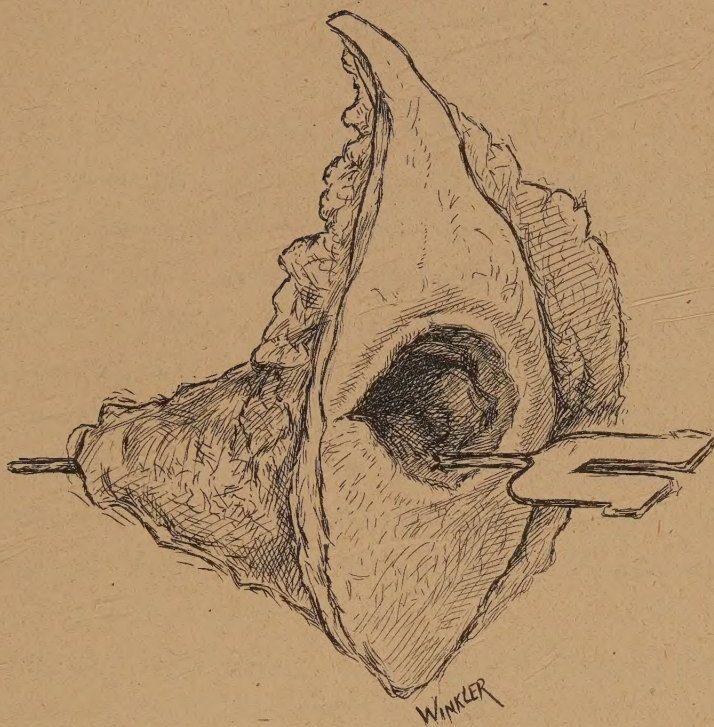
Pour l'hygroma chronique, l'extirpation est la méthode de choix.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 30 janvier 1900.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ
Montpellier, le 30 janvier 1900.
Le Doyen,
L. VIALLETON

BIBLIOGRAPHIE

- PADIEU. — Des bourses sous-cutanées et de leur maladie. Thèse de doctorat 1829.
- MASSOT. — Kystes séreux qui compliquent les tumeurs. Thèse de doctorat, 1854.
- KÖEBERLÉ. — Art. Bourses séreuses. Dict. de méd. et chir. prat. 1866.
- CHASSAIGNAC. — Art. Bourses séreuses. Dict. de Dechambre, 1869.
- CHARLES B. DE NANCRÈDE. — Pathologie des bourses séreuses. — Encyclopédie, art. chirurgie, 1884.
- HOUZEL. — Mémoire. *Revue de chirurgie*, 1886.
- PETIT. — De l'Hygroma trochantérien — Thèse de doctorat, 1891.
- DURVILLE. — Hygroma de la bourse séreuse. — Psoas. — Thèse de doctorat, 1896.
- LEJARS. — Art. Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, 2^e édition.
-



SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
